DISSERTATION

N° 93.

SUR

LA CATARACTE;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 15 mai 1819, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR M. PIERRE DUFFOURC BAZIN, de Lectoure,

Département du Gers,

Membre de la Société d'instruction médicale de la ville de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1819.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX, *Examinateur.*
M. DUBOIS, *Examinateur.*
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT, *Examinateur.*
M. PELLETAN, *Examinateur.*
M. PERCY.
M. PINEL, *Examinateur.*
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND.
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN, *Président.*
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN.
M. ORFILA.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MONSIEUR LERMINIER,

Médecin de la Charité ; Membre de la Légion-d'Honneur, etc., etc.

Ce travail, monsieur, est sans doute peu digne de vous être présenté; mais les bontés que vous avez pour moi me font un devoir de vous l'offrir comme un faible témoignage du plus profond respect et d'une éternelle reconnaissance.

P. DUFFOURC.

A

MONSIEUR LERMINIER,

Médecin de la Charité; Membre de la Légion d'Honneur, etc., etc.

Ce travail, monsieur, est sans doute peu digne de vous être présenté; mais les bontés que vous avez pour moi me font un devoir de vous offrir comme un faible témoignage de plus profond respect et d'une éternelle reconnaissance.

P. DUFOUR.

DISSERTATION

SUR

LA CATARACTE.

De la nature et du siége de la Cataracte.

La nature et le siége de la cataracte ont été méconnus pendant une longue suite de siècles ; et, ce qui doit paraître plus extraordinaire encore, c'est qu'à l'époque même où on avait les idées les plus erronées sur cette maladie, on pratiquait l'opération, et quelquefois même avec succès.

Les médecins des temps les plus reculés ont parlé de cette affection. Ils se figuraient qu'un liquide condensé et devenu opaque s'opposait au passage de la lumière, comme des rochers, retenant l'eau, s'opposent à ces belles chutes que l'on nomme *cataractes*, et que, de même qu'on peut rendre à l'eau son premier cours en enlevant l'obstacle, ils pensaient rendre à l'œil la faculté de percevoir les objets en faisant disparaître le liquide condensé, et qui avait perdu sa transparence.

Ce ne fut que vers le commencement du 18.e siècle que l'on découvrit le véritable siége de cette maladie, et que l'on vit *Brisseau*, dans un mémoire qu'il présenta à l'académie des sciences

en 1705, s'élever avec force contre l'ancienne opinion, fille de l'ignorance et de l'habitude, et prouver que le cristallin, devenu opaque, était le siége de la cataracte.

Malgré l'évidence des faits, et la facilité de les observer de nouveau, des hommes d'un grand mérite combattirent avec acharnement cette vérité ; mais les connaissances anatomiques et physiologiques, et celles que l'on peut acquérir par l'autopsie à la suite des maladies, vinrent répandre une lumière éclatante sur ce point encore obscur de la pathologie.

Les travaux de *Maître-Jean*, de *Boerhaave*, de *Méry*, de *Heister*, de *Wolhouse*, de *Geoffroy*, d'*Albinus*, et autres, donnèrent à cette découverte la plus grande certitude.

On reconnaît aujourd'hui une *cataracte cristalline*, une *membraneuse*, et une de l'*humeur de* Morgagni (*cataracta interstitialis*).

De la Cataracte cristalline.

Dans la cataracte cristalline, le cristallin perd sa transparence ; il devient plus consistant, d'une couleur blanche tantôt azurée, tantôt verdâtre ; tantôt il tire sur le brun : on a cru qu'il pouvait devenir tout-à-fait noir, et constituer ce qu'on a nommé la *cataracte noire ;* mais on a nié l'existence de cette variété. Le plus souvent le cristallin a acquis plus de fermeté dans son centre que dans sa périphérie, qui ne change point sous le rapport de sa consistance. Plusieurs auteurs croient qu'il est très-douteux qu'on ait observé le cristallin dans un état vraiment osseux ou pierreux.

De la Cataracte membraneuse.

Dans la cataracte membraneuse, la capsule cristalline, qui est devenue opaque, constitue une espèce particulière de cataracte appelée *membraneuse.* Elle peut avoir son siége à la partie antérieure ou postérieure de cette capsule, sans que le cristallin qu'elle

renferme ait perdu de sa transparence. Tout me porte à croire que cette cataracte peut souvent être produite par une inflammation légère et prolongée de la capsule cristalline. *Pott* a vu survenir quatre fois la cataracte membraneuse par l'effet d'une violence extérieure. Trois fois, dit-il, dans le nombre des quatre que j'ai eu occasion d'observer, l'opacité a disparu par degrés après que l'inflammation produite à la suite d'un coup eut cessé, et les yeux restèrent aussi clairs qu'auparavant : effet que l'on peut, je crois, expliquer en supposant l'opacité dans la capsule seulement; mais on ne peut en donner raison, si on la suppose dans le corps même du cristallin.

Cette cataracte peut contracter des adhérences avec l'iris, et rendre la pupille immobile ; quelquefois elle se détache en totalité du corps vitré, et constitue une autre espèce nommée *cataracte branlante*. Le cristallin peut, dans ce cas, se déplacer spontanément, et le malade recouvrer la faculté de voir, comme on en cite de nombreux exemples.

L'humeur de *Morgagni*, qui se trouve entre le cristallin et la membrane, peut perdre sa limpidité, et former une troisième espèce de cataracte.

Cette cataracte de l'humeur de *Morgagni* a été contestée par plusieurs auteurs ; mais son existence ne peut être révoquée en doute depuis les observations très-détaillées qu'en a recueillies M. *Wenzel* fils. En voici un exemple bien remarquable : c'est M. *Wenzel* fils qui parle. « Un jeune homme vint, en 1765, consulter mon père à Londres. Son œil droit, qui était affecté d'une cataracte, dont la couleur était extrêmement blanche, présenta dans l'opération une circonstance assez singulière. Dès que la cornée et la cristallo-antérieure furent ouvertes, et avant que la section fût tout-à-fait achevée, il sortit par la pupille une matière laiteuse qui, se mêlant à l'humeur aqueuse, et s'écoulant avec elle par l'incision de la cornée, laissa voir la pupille aussi nette que celle d'un œil dont on a extrait exactement le cristallin. On

crut d'abord que c'était la matière même du cristillin tombé en suppuration. Le malade paraissait jouir de la vue ; on lui présenta plusieurs objets assez petits qu'il aperçut et distingua parfaitement bien. On lui fit essayer un verre à cataracte, comme on a assez souvent coutume de faire, mais il vit trouble à la distance ordinaire, comme cela a lieu pour les yeux sains : ce fait parut fort étonnant. Au reste, il se coucha après que son œil eut été couvert. Le lendemain, en levant l'appareil, on aperçut un écartement produit par un corps étranger, et qu'on reconnut facilement pour le cristallin lui-même, qui ne paraissait point avoir perdu de sa transparence. La maladie ne pouvait donc avoir eu son siége que dans l'humeur de *Morgagni,* puisque le cristallin était dans son état naturel, et pour la transparence, et pour le volume. Le malade, après la guérison, d'après les essais qui furent faits, ne vit plus que comme les autres personnes qui ont subi l'opération, et il eut besoin de verres à cataractes. »

Le plus souvent cette espèce s'unit à l'opacité du cristallin. Cette cataracte composée s'observe particulièrement chez les enfans.

La cataracte se distingue en *solide, liquide,* en *primitive* et *secondaire.*

Cette dernière variété est très-importante, et se développe à la suite de l'opération. Elle a son siége dans la partie antérieure ou postérieure de la capsule, qui a perdu sa transparence après que le cristallin a été extrait ou déplacé.

Complications de la Cataracte.

Les complications de la cataracte qui doivent faire rejeter tout espoir de guérison, et engager un praticien prudent à ne point tenter une opération inutile, sont l'hydrophthalmie, le staphylome, l'amaurose, l'atrophie du corps vitré.

Dans l'hydrophthalmie, l'œil devient dur ; son volume est augmenté ; les paupières sont repoussées en avant ; la cornée est plus

bombée ; le malade éprouve une douleur obtuse dans le fond de l'orbite.

Le staphylome est une affection dans laquelle la cornée fait une saillie au-devant de l'œil. Tantôt cette membrane est épaissie, et tantôt elle présente un amincissement très-marqué.

L'amaurose est une maladie qui complique très-souvent la cataracte : on reconnaît cette affection fâcheuse à l'immobilité de l'iris. A cet effet, on doit placer le malade au grand jour ; on couvre l'un des yeux cataractés, on expose l'autre à une vive lumière : si la pupille se contracte, on peut présumer que l'amaurose n'existe pas. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si la pupille ne se dilate point, et que le malade ne puisse distinguer le jour de l'obscurité, il est à craindre qu'il y ait complication. Quelquefois l'immobilité de la pupille est due à l'opacité très-considérable du cristallin et de ses membranes, ou aux adhérences de l'iris avec la capsule cristalline.

L'atrophie du corps vitré est une maladie facile à distinguer. L'œil a perdu de son volume naturel ; l'iris se rétrécit et se ride.

Les complications qui doivent faire différer l'opération sont l'état inflammatoire habituel des paupières, l'ophthalmie chronique, la sensibilité trop considérable du globe de l'œil, le resserrement trop grand de la pupille.

Causes de la cataracte.

Les causes de la cataracte sont, le plus souvent, l'éclat d'une vive lumière, comme celle que produit un feu resplendissant, un soleil brillant ; une chaleur très-élevée. Aussi observe-t-on que les serruriers, les verriers, les forgerons sont très-sujets à cette affection.

Le passage rapide d'une obscurité profonde à une grande clarté. J'ai lu dans un auteur dont le nom ne vient point à ma mémoire, que des prisonniers qui ont été renfermés long-temps dans des lieux

obscurs, ont perdu subitement la vue par la cataracte en sortant de leurs sombres cachots.

Les sympathies nombreuses que l'on remarque entre l'œil et l'estomac me portent à penser que tous les excès qui agissent sur ce dernier organe, tels que les écarts de régime, l'abus des boissons alcoholiques, peuvent avoir sur la production de la cataracte une influence plus marquée que l'on ne croit communément.

On a vu survenir cette affection à la suite de la suppression de divers écoulemens, comme du flux menstruel, de la transpiration.

J'ai entendu rapporter qu'un homme, étant en transpiration, descendit dans une cave froide, et perdit subitement la vue par la cataracte.

Les affections vives agissent d'une manière bien évidente sur les propriétés de la vue. L'œil appartient à l'âme plus qu'aucun autre organe, dit *Buffon;* il semble y toucher et participer à tous ses mouvemens; il en exprime les passions les plus vives et les émotions les plus tumultueuses; il les rend dans toute leur force, dans toute leur pureté, telles qu'elles viennent de naître; il les transmet par des traits rapides, qui portent dans une autre âme le feu, l'action, l'image de celle dont ils partent. L'œil reçoit et réfléchit en même temps la lumière de la pensée et la chaleur du sentiment : c'est le sens de l'esprit et la langue de l'intelligence. Aussi les affections de l'âme peuvent produire souvent l'opacité du cristallin.

Qui ne connaît le trait arrivé au dénonciateur de l'immortel *Desault?* Dans les orages de la révolution, ce chirurgien célèbre fut dénoncé et incarcéré; ses nombreux amis obtinrent son élargissement. Le soir du même jour, son accusateur, apprenant qu'il était libre, entra dans un accès de colère si violent, qu'à l'instant même il perdit la vue, et l'on trouva que ses yeux étaient cataractés.

Les blessures, les percussions, les commotions de l'œil peuvent avoir le même effet.

Certains vices internes, tels que le siphilitique, le scrophu-

leux, les affections rhumatismales, peuvent donner lieu à la cataracte.

Les vieillards y sont plus sujets que les adultes et les enfans; il n'est cependant pas très-rare de voir ces derniers naître avec cette maladie. *Cheselden*, fameux chirurgien de Londres, et *Petit*, de Lyon, ont opéré plusieurs sujets qui étaient venus au monde avec des cataractes.

Cause prochaine de la Cataracte.

La cause prochaine de la cataracte consiste dans l'opacité du cristallin, de sa capsule, ou de l'humeur de *Morgagni*.

Symptômes.

Le plus souvent les malades n'éprouvent point de douleurs dans les yeux, du moins lorsqu'il n'y a pas de complication. La vue baisse lentement; les objets qui frappent leurs regards leur paraissent couverts d'un voile léger, ou ils croient voir voltiger dans l'air de petits corps, comme de la poussière, des flocons de laine. Le malade aperçoit mieux de loin que de près, parce que, dans ce dernier cas, les rayons de la lumière étant peu divergens, frappent la partie moyenne du cristallin, qui est ordinairement la première affectée de cataracte; tandis que, lorsque ces rayons viennent d'une certaine distance, ils sont plus divergens, et pénètrent par la circonférence du cristallin, qui, le plus souvent, est la dernière à perdre la transparence; et, dans ce cas, la rétine reçoit encore l'impression des images extérieures.

M. le professeur *Boyer* explique à peu près de la même manière une particularité assez singulière de cette affection.

Dans les premiers temps de la maladie, dit ce professeur, la vue est plus nette le soir et le matin à un demi-jour. A une époque plus avancée, au contraire, les malades distinguent encore quel-

ques objets à une lumière vive, et ne voient plus rien dans un lieu obscur. Voici la cause de cette différence : dans la cataracte commençante, l'opacité n'occupe encore, chez beaucoup de malades, que le centre du cristallin ; à cette époque, si les yeux sont exposés à une lumière vive, la pupille deviendra très-étroite, et les rayons lumineux qui la traverseront tomberont presque tous sur la portion opaque du cristallin : aussi la vue sera-t-elle très-confuse. A une lumière douce, au contraire, la pupille se dilatera, et permettra à la lumière de traverser la portion encore transparente du cristallin ; la sensation sera plus distincte alors. Lorsque le cristallin est devenu opaque en totalité, les rayons de la lumière rencontrent dans toute sa périphérie, quelle que soit la dilatation de la pupille, un obstacle qui les empêche d'arriver jusqu'à la rétine : or, à cette époque, une lumière faible se perd en totalité en traversant le cristallin; une lumière très-vive n'est absorbée qu'en partie, et parvient encore plus ou moins affaiblie jusqu'à la membrane nerveuse de l'œil.

On voit, d'après cela, qu'un phénomène qui offre d'abord quelque singularité n'est que le résultat nécessaire de la marche de la maladie et des lois de la physique.

Bientôt tout ce qui se présente aux regards du malade lui semble enveloppé d'un brouillard. Le nuage qui lui en dérobe la vue devient de jour en jour plus épais, et bientôt il ne lui reste plus que la faculté de distinguer le jour des ténèbres.

Si on examine avec attention les yeux affectés de cataracte, on voit une tache, ordinairement grisâtre, qui a pris la place de la pupille, qui avant était noire : cette tache n'est autre chose que le cristallin opaque qui réfléchit la lumière, et permet de le distinguer.

Il est rare que la cataracte n'affecte qu'un œil à la fois ; presque toujours elle survient dans les deux yeux.

Du traitement.

Il y a deux méthodes pour guérir de la cataracte ; l'une consiste à déprimer le cristallin, et l'autre à l'extraire par une incision pratiquée à la cornée. De là la méthode du *déplacement* et celle de *l'extraction.*

Quoiqu'il n'y ait point de traitement interne pour faire disparaître cette maladie, on ne doit pas se dissimuler combien les précautions, qui paraissent au premier moment de peu d'importance, peuvent influer sur les résultats de l'opération. Aussi je pense que des lavemens, à la faveur desquels on entretient la liberté du ventre ; des purgatifs, qu'on fait concourir au même but ; un vésicatoire placé derrière le cou, pour combattre d'avance l'inflammation qui doit survenir, sont des moyens qui peuvent présenter de grands avantages.

Lorsque la pupille est extrêmement resserrée, on peut tirer un parti très-avantageux de l'application sur le bord des paupières de l'extrait de jusquiame ou de celui de belladona ; ce moyen facilite le passage du cristallin dans la chambre antérieure, quand on se propose de l'extraire.

On ne doit jamais opérer la cataracte quand un seul œil est affecté ; on doit attendre que la maladie soit accomplie sur les deux yeux.

Déplacement.

Le malade préparé comme nous l'avons dit plus haut, voici la manière dont on s'y prend pour pratiquer l'abaissement.

On emploie pour cette opération l'aiguille de *Scarpa*, dont l'extrémité est aplatie sur trois faces ; ou mieux celle dont se sert M. le professeur *Dupuytren.* Cette aiguille est aplatie sur ses deux faces, assez large, et recourbée sur l'un de ses deux bords.

Le malade placé à un jour modéré sur une chaise basse, on couvre l'œil qu'on doit opérer le dernier avec une compresse que l'on maintient par un bandeau.

On a inventé, pour fixer l'œil et relever la paupière supérieure, divers instrumens, tels que le spéculum de *Scultet*, de *J. L. Petit*, de *Garengeot*, de *Heister*, de *Guérin*, de *Dumont*; mais tous les praticiens conviennent que ces instrumens sont plus nuisibles qu'utiles, et préfèrent, dans tous les cas, se servir de la main d'un aide, qui, placé derrière le malade, fixe la tête sur sa poitrine, soulève avec le doigt index de la main droite la paupière supérieure de l'œil sur lequel on opère, et assujettit avec l'extrémité du doigt le cartilage tarse contre le bord supérieur de l'orbite : il doit éviter surtout la compression du globe de l'œil.

L'opérateur sera assis sur un siége convenablement élevé, en face du malade; il posera sur un tabouret le pied qui correspond à la main qui opère, et prendra un point d'appui sur le genou, qui lui servira à fixer le bras du même côté et à mettre la main à la hauteur de l'œil.

L'instrument doit être tenu comme une plume à écrire; le pouce correspond à l'intervalle que laissent l'index et le médius. Les deux derniers doigts sont appliqués sur la tempe, pour donner plus de solidité à la main. L'opérateur doit se servir de la main droite s'il opère l'œil gauche, et de la gauche, si c'est l'autre œil. Pour éviter de se servir de cette dernière main, des praticiens ont fait contourner la tige de l'aiguille, en sorte qu'elle puisse passer par-dessus la racine du nez.

L'opérateur ordonne au malade de regarder du côté du petit angle de l'œil : et lorsque celui-ci est tranquille, il introduit la pointe de l'aiguille dans la sclérotique, à une ligne et demie ou deux lignes de la cornée transparente, un peu au-dessous de l'axe transversal du globe de l'œil. L'aiguille perce la conjonctive, la sclérotique, la choroïde. Il ne faut point perdre de vue que le

point d'élection que je viens d'indiquer, d'après tous les auteurs, est invariablement fixé. En effet, si l'on pique trop près de l'insertion de la cornée transparente avec la sclérotique, on arriverait sur l'iris ou sur l'anneau ciliaire, et on pourrait voir survenir les accidens que les anciens redoutaient beaucoup ; je veux parler des nausées, des vomissemens ; et l'on peut se rendre facilement raison de ce phénomène, si cet anneau n'est qu'un ganglion nerveux ; ainsi que le pensent quelques anatomistes. Si l'on s'éloigne trop de ce point, on peut blesser la rétine, et, en voulant éviter un écueil, on tomberait dans un autre. L'aiguille introduite, on doit déchirer la partie antérieure de la capsule cristalline. A cet effet, la convexité de l'aiguille sera placée devant l'ouverture de la pupille, au centre du cristallin. L'opérateur la fait tourner entre ses doigts, et déchire avec la pointe de l'instrument la plus grande partie de la capsule. Le second temps de l'opération consiste à déplacer le cristallin : on peut se servir de plusieurs procédés pour abattre ce corps. Quelques chirurgiens portent l'aiguille au-dessus du cristallin sur son bord supérieur ; le dépriment en le poussant de haut en bas dans la chambre postérieure ; d'autres dirigent l'instrument d'arrière en avant, traversent le cristallin et la capsule ; alors l'aiguille vient se montrer derrière la pupille. L'opérateur fait exécuter un quart de rotation à l'instrument, et conduit le cristallin vers la partie inférieure et externe de l'œil dans l'épaisseur du corps vitré. D'autres praticiens appliquent l'aiguille sur la face antérieure du cristallin ; le pressent d'avant en arrière, de haut en bas, et de dedans en dehors ; le conduisent à la partie postérieure, inférieure et externe de l'œil ; le tiennent quelque temps dans cette place pour que le corps vitré ait le temps de revenir sur lui-même dans l'endroit de sa déchirure. Ce dernier mode d'opérer est beaucoup plus sûr que les autres, parce que le cristallin est retenu dans le corps vitré, et ne peut facilement remonter à sa place. On retirera l'instrument, en lui donnant la même direction qu'il avait lorsqu'il a été introduit dans l'organe. A mesure que l'opérateur

déplace le cristallin, l'ouverture de la pupille reprend son état primitif.

Des accidens qui peuvent survenir pendant l'opération.

Ces accidens sont, 1.° l'épanchement du sang dans l'œil; 2.° la cataracte peut être purulente ou laiteuse; 3.° elle peut être molle ou caseuse; 4.° ou membraneuse.

Au moment où l'on introduit l'aiguille dans l'œil, il arrive quelquefois qu'on ouvre un vaisseau sanguin; le liquide, ne pouvant s'échapper au-dehors, se mêle à l'humeur aqueuse, la trouble, empêche l'opérateur de suivre la marche de l'instrument, le force de retirer l'aiguille, et d'ajourner l'opération jusqu'à ce que les humeurs aient repris leur état naturel. Le chirurgien doit faciliter la résolution du sang par des moyens appropriés, pour pouvoir recommencer l'opération dans un autre temps.

Si la cataracte est purulente ou laiteuse, aussitôt que la capsule a été ouverte, le liquide se répand dans les deux chambres, se mêle à l'humeur aqueuse, l'opérateur est obligé de retirer l'instrument et d'abandonner cette sorte d'hypopion à la nature; mais on ne doit point se tourmenter de cet accident; l'expérience prouve que l'absorption du liquide est assez prompte pour que le malade recouvre la faculté de voir en peu de temps. *Scarpa* parle, dans son ouvrage, de cas semblables : il dit que cette dissolution et absorption ont lieu non-seulement pour la lentille cristalline, mais même pour les lambeaux membraneux de la capsule propre; mais si la cataracte purulente ou laiteuse était accompagnée dé l'opacité de la membrane cristalline, l'opérateur n'ayant pu s'apercevoir de cette particularité au moment où le liquide s'est répandu dans les deux chambres, il sera obligé de pratiquer une nouvelle opération après que le liquide aura été absorbé.

Si la cataracte est membraneuse, le chirurgien doit déchirer le plus possible de cette capsule, la faire passer dans la chambre an-

térieure, où, détachée de toutes les parties voisines, divisée par petits fragmens à l'aide de l'aiguille, elle sera prise par les vaisseaux absorbans.

Dans la cataracte membraneuse secondaire, qui consiste dans l'amas de petites parties de la capsule, l'opérateur devrait tenir à peu près la même conduite; il poussera ces flocons membraneux par la pupille dans la chambre antérieure. *Scarpa* a remarqué que cet amas artificiel de parcelles de la capsule confiné entre l'iris et la concavité de la cornée n'a, dans cette occasion, jamais produit aucune incommodité au malade, et qu'il s'est constamment fondu par la voie de l'absorption dans l'espace de quelques mois.

On a reproché à la méthode de l'abaissement de ne point convenir dans les cas où la cataracte est molle ou caseuse; parce que le cristallin, n'ayant pas assez de solidité, ne pourra être déplacé avec l'aiguille et logé dans le corps vitré : mais, qui ne connaît aujourd'hui les grands avantages que *Pott*, et après lui *Scarpa*, ont retiré de la méthode du broyement. La membrane cristalline étant divisée dans la plus grande étendue possible, le chirurgien doit broyer avec l'aiguille le cristallin, et faire passer les morceaux dans la chambre antérieure, où, soumis à l'action des lymphatiques, ils seront absorbés en peu de temps. Le malade recouvrera la vue comme si la cataracte avait été solide, et qu'on eût employé la méthode de l'abaissement.

Accidens qui suivent le déplacement.

Les accidens qui suivent le déplacement du cristallin sont, 1.° les vomissemens; 2.° le retour du cristallin à sa place; 3.° l'inflammation; 4.° le resserrement de la pupille.

On attribue le *vomissement* qui survient dans la méthode par déplacement à la piqûre de l'aponévrose du muscle oblique externe de l'œil, où vient se rendre le nerf moteur externe des yeux. Cette idée ne paraîtra pas dénuée de tout fondement, si l'on veut

faire attention que ce nerf, arrivé vis-à-vis l'orifice interne du canal carotidien, fournit deux filets qui descendent dans ce canal, et vont se jeter dans l'extrémité supérieure du ganglion cervical supérieur dn grand sympathiquc. On a proposé, pour éviter cet inconvénient, de piquer la sclérotique à la partie externe et supérieure, entre le muscle oblique externe et celle du droit supérieur de l'œil.

Le retour du cristallin à sa place. Cet accident était très-commun autrefois, lorsqu'on ne faisait que déprimer le cristallin pour le placer à la partie inférieure de la chambre postérieure; mais depuis qu'on presse ce corps d'avant en arrière, de haut en bas, et de dedans en dehors, et qu'on l'enfonce dans le corps vitré, il est très-rare de le voir revenir à sa première place : cependant, si cet accident survenait, on aurait recours à une seconde opération.

L'inflammation. L'inflammation qui survient après le déplacement n'est pas ordinairement très-vive; le plus souvent elle se borne à un engorgement médiocre des paupières et des vaisseaux de la conjonctive. Les larmes sont sécrétées en plus grande abondance.

Le resserrement de la pupille. Le plus commun de tous les accidens qui surviennent après la méthode du déplacement, est, selon M. *Delpech*, le resserrement graduel et l'oblitération complète de la pupille. Ce chirurgien croit avoir observé que cet accident est déterminé par une inflammation chronique de l'iris, et peut-être de tout l'intérieur de l'œil. Il assure avoir été témoin de plusieurs cas où l'on a borné les progrès de cette maladie par l'application fréquente de l'extrait de belladona sur les yeux. L'opération terminée, on reconduit le malade dans un lit, qui doit être entouré de rideaux et placé dans un endroit obscur. Le malade ayant la tête élevée par des oreillers, restera couché sur le dos et dans une immobilité absolue. On ne lui donnera, les premiers jours, que quelques bouillons et une tisane rafraîchissante. On lui permettra,

le troisième jour, s'il ne survient pas d'accidens, quelques mets plus nourrissans.

De l'extraction.

Ce ne fut qu'en 1747, c'est-à-dire quarante-deux ans après la découverte de la nature de la cataracte que *Daviel* proposa la méthode de l'extraction. Il ne faut pas croire cependant que ce chirurgien soit le premier qui ait pratiqué cette opération. La première extraction bien avérée a été faite par *Saint-Yves*, en 1707. Le cristallin ayant passé dans la chambre antérieure, ce chirurgien pratiqua l'extraction. *J. L. Petit* se conduisit de la même manière dans un cas analogue ; mais *Daviel* est le premier chirurgien qui ait fait cetteopération avec méthode.

Depuis cette époque, un grand nombre de chirurgiens ont inventé des procédés particuliers : les plus connus sont ceux de *Lafaye*, de *Richeter*, de *Wenzel*. Le procédé qui mérite la préférence est dû à ce dernier oculiste.

Le malade étant préparé et situé, comme dans la méthode par abaissement, l'opérateur prend de la main droite, si c'est l'œil gauche qu'il doit opérer; et, dans le cas contraire, de la main gauche, le couteau de *Wenzel* ou celui de *Richter*; et le tenant comme une plume à écrire, il abaisse la paupière inférieure avec la main qui est libre, et ordonne à un aide placé derrière le malade et qui soutient la tête de relever la paupière supérieure, et de ne point comprimer le globe de l'œil.

L'opérateur recommande au malade de regarder en-dehors ; il saisit le moment où cet organe est tranquille pour plonger l'instrument dans la partie supérieure et un peu externe de la cornée, à un quart de ligne de la sclérotique. Parvenu dans la chambre antérieure de l'œil, il doit porter le manche de l'instrument en arrière, afin que la pointe ne blesse point l'iris ; puis il enfonce le bistouri de haut en bas et de dehors en dedans parallèlement à cette membrane, le fait sortir vers la partie inférieure et interne

de la cornée, à un quart de ligne de la sclérotique, et fait une incision demi-circulaire en poussant l'instrument vers le nez : de cette manière on a un lambeau oblique de haut en bas et de dehors en dedans. A mesure que l'incision s'achève, l'aide laisse descendre la paupière supérieure sur le globe de l'œil.

On couvre cet organe, et l'on pratique la même opération sur l'autre œil, s'il est cataracté. On procède ensuite à l'extraction du cristallin sur celui qui a été le premier opéré. L'oculiste soulève le lambeau de la cornée, et va ouvrir la capsule avec une aiguille droite terminée en fer de lance. Il incise la membrane cristalline en travers dans la partie inférieure. Le cristallin vient alors se présenter à l'ouverture de la pupille, qu'il dilate, passe dans la chambre antérieure, sort par l'incision faite à la cornée, et vient tomber sur la joue du malade. On procède de même pour l'autre œil.

Des accidens qui peuvent survenir pendant l'extraction.

Les accidens qui peuvent survenir pendant l'opération sont, 1.° l'écoulement de l'humeur aqueuse ; 2.° la pupille peut être trop étroite pour donner passage au cristallin ; 3.° l'évacuation de l'humeur vitrée ; 4.° l'iris peut se présenter au tranchant de l'instrument.

Écoulement de l'humeur aqueuse. Il arrive souvent qu'au moment où l'opérateur est sur le point de terminer la section de la cornée, que l'humeur aqueuse s'écoule, cette membrane s'affaisse, et il devient impossible de terminer la section, si on ne substitue les ciseaux à l'instrument avec lequel l'opération a été commencée.

Quelquefois l'ouverture de la pupille est trop rétrécie, et ne peut donner passage au cristallin. Alors, si on fait des pressions trop fortes, il est à craindre que cette membrane ne se détache dans une partie de sa circonférence, ce qui est toujours une chose très-fâcheuse, car il est impossible d'y porter remède. On est obligé

d'attendre tout du travail de la nature, et la pupille perd sa première forme.

L'évacuation totale de l'humeur vitrée arrive quelquefois pendant l'opération par la maladresse de l'aide ou de l'opérateur. Tout en avouant que celui-ci peut être la cause de cet accident fâcheux, je pense que, dans le plus grand nombre des cas, les quatre muscles droits et les deux obliques venant à se contracter spasmodiquement, et poussant dans tous les sens, l'humeur vitrée doit s'échapper par le point qui présente le moins de résistance, c'est-à-dire par l'ouverture faite à la cornée.

Souvent aussi l'iris vient se présenter au tranchant de l'instrument, et forcer le chirurgien à suspendre quelques instans l'opération.

On remédie à cet accident en exerçant des frictions sur la cornée.

Des accidens consécutifs.

Les accidens consécutifs de l'extraction de la cataracte sont, le staphylome, l'inflammation, et ses terminaisons.

Le staphylome de l'iris. L'iris peut se présenter à l'ouverture faite à la cornée, et former une véritable hernie. La tumeur est ordinairement noirâtre, offre un volume plus ou moins considérable; elle est molle, et peut être réduite lorsqu'elle est récente : elle est communément le siége d'une douleur fort vive. On a proposé, pour remédier à cette maladie, la cautérisation et l'excision. Je crois qu'on doit préférer le nitrate d'argent pour la cautériser.

L'inflammation. L'inflammation est toujours très-vive à la suite de l'extraction; cependant plusieurs oculistes ont prétendu que l'inflammation ne devait pas être plus forte dans cette dernière méthode que dans l'abaissement, parce que la cornée ne jouissait pas d'une plus grande sensibilité que la sclérotique. Mais où placent-

t-ils donc la conjonctive ? Ne savent-ils pas que tout corps étranger irritant introduit dans l'intervalle des paupières, comme de la poussière, du sable, etc., suffisent pour produire des ophthalmies fréquentes et rebelles, qui détruisent le plus souvent la transparence de l'œil, en déterminant l'inflammation de cette membrane ? que le ptérygion, le nuage, l'albugo, le staphylome, etc., sont toujours les conséquences de l'inflammation de la conjonctive ? Si l'irritation la plus légère exercée sur cette membrane donne naissance à des ophthalmies qui entraînent très-souvent la perte de la vue, quel désordre ne produira pas une incision aussi étendue que celle que l'on pratique dans la méthode de l'extraction ?

Je pense que les accidens consécutifs que nous voyons survenir après l'opération de la cataracte doivent être en raison de la solution de continuité de la conjonctive.

A laquelle des deux méthode le praticien doit-il donner la préférence ?

L'extraction est plus difficile, demande plus de dextérité et d'habitude de la part de l'opérateur ; elle présente plus d'inconvéniens que le déplacement. La section de la cornée est quelquefois incomplète ; l'iris peut s'engager dans cette ouverture. La pupille peut être rétrécie au point de ne pas permettre le passage du cristallin. L'œil peut se vider en totalité ou en partie. La cicatrice de la cornée rend impossible une seconde opération, s'il survient une cataracte secondaire, ou si l'opération n'a pas été achevée. L'inflammation consécutive est toujours beaucoup plus forte dans la méthode de l'extraction que dans l'abaissement ; aussi je pense, avec *Scarpa* et plusieurs auteurs célèbres, qu'on doit donner la préférence à la dépression, parce qu'elle est d'une exécution plus facile, qu'on peut remédier à toute espèce de cataracte, et que cette méthode est suivie de symptômes consécutifs moins graves et moins dangereux.

Pour appuyer cette dernière vérité, je vais rapporter deux ob-

servations recueillies à l'Hôtel-Dieu, où M. *Dupuytren* obtient tous les jours de si nombreux succès par la méthode de l'abaissement.

I.re OBSERVATION.

Louis-Laurent Dubois, âgé de soixante-cinq ans, chantre à Liancourt, entra à l'Hôtel-Dieu pour subir l'opération de la cataracte. Le malade avait commencé à s'apercevoir depuis quatre ans que l'œil gauche était plus faible que le droit ; il ne distinguait de cet œil les objets qu'à travers un brouillard ; il croyait voir voltiger dans l'atmosphère de petits corps semblables à de la poussière. Depuis sept mois seulement la maladie fit des progrès rapides, et le malade finit par ne plus distinguer de l'œil gauche le jour de la nuit.

Ce fut dans cet état qu'il entra à l'Hôtel-Dieu le 7 avril. En examinant les yeux, on voyait une tache blanche derrière la pupille, qui, soumise et soustraite alternativement à l'action de la lumière, se resserrait et se dilatait promptement. L'œil droit commençait seulement à s'obscurcir, le cristallin n'ayant point encore acquis assez d'opacité pour s'opposer au passage des rayons lumineux. Le malade n'éprouvant point de céphalalgie, et se portant d'ailleurs fort bien, tout indiquait la nécessité de l'opération, et en faisait espérer un heureux résultat.

Elle fut pratiquée par abaissement le 8 avril, à l'œil gauche seulement, attendu que la maladie n'était pas encore assez avancée sur l'autre œil.

L'opération fut aussi simple et aussi promptement exécutée que possible. Le cristallin fut totalement abaissé et en masse ; la pupille parut noire comme dans l'état naturel, rien ne se remarqua derrière elle. Le malade distingua aussitôt les objets, et en témoigna sa reconnaissance avec émotion à M. *Dupuytren*.

Le soir, aucune douleur ne se fit sentir ni à la tête, ni à l'œil. On prescrivit des boissons rafraîchissantes, deux lavemens et des

pédiluves. Les jours suivans, il ne se manifesta d'autre accident qu'un larmoiement peu abondant, et une légère augmentation de sécrétion dans les glandes de *Méibomius*.

Le 20 avril, c'est-à-dire douze jours après l'opération, le malade sortit de l'hôpital, voyant très-bien; et sa guérison, aussi heureuse que prompte, et qui n'avait été traversée par aucun accident, le mit dans le cas de pouvoir continuer son double état de chantre au lutrin et de maître d'école.

II.^e OBSERVATION.

Antoine Rebaudiquant, âgé de quarante-huit ans, exerçant la profession de cloutier, entra à l'Hôtel-Dieu le 30 mai 1818, portant à l'œil gauche depuis dix-huit mois une cataracte, qu'il attribuait à la vue continuelle du feu de forge. Au commencement de cette affection, le malade croyait voir voltiger au-devant de son œil des corpuscules; la vue s'affaiblit dans cet œil de jour en jour, et il ne distingua plus de ce côté la lumière des ténèbres. La pupille jouissait de toute sa mobilité. Pour le préparer à l'opération, on lui fit prendre un bain et un purgatif.

Le malade fut opéré le 3 juin 1818, par abaissement; l'opération ne présenta rien de particulier; elle fut prompte et facile. Le cristallin fut abaissé en masse, et le malade vit aussitôt les objets. (On prescrivit des lavemens et des bains de pied.)

Le lendemain de l'opération le malade n'éprouva pas la moindre douleur à la tête ni à l'œil, ni la moindre tuméfaction aux paupières. Le 5 avril, l'œil était comme dans l'état naturel, la cornée était transparente; la conjonctive ne présentait pas la moindre rougeur, et le malade voyait très-bien les objets. Il a quitté l'hôpital le 26 juin. A cette époque, l'œil opéré était si beau, et le malade distinguait si bien, qu'il était difficile de dire lequel des deux yeux avait été opéré.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Æstate et autumno cibos difficillimè ferunt : hyeme facillimè, deindè vere. *Sect.* 1, *aph.* 18.

II.

Quæ judicantur et judicata sunt perfectè, neque movere oportet, neque innovare, sive purgantibus, sive aliis irritamentis, sed sinere. *Ibid.*, *aph.* 10.

III.

Quicunque aliquâ corporis parte dolentes dolorem ferè non sentiunt, his mens ægrotat. *Sect.* 2, *aph.* 6.

IV.

Ubi fauces ægrotant, aut tubercula in corpore exoriuntur, excretiones inspicere, oportet : si enim biliosæ fuerint, corpus unà ægrotat : si verò similes sanis fiant, tutum est corpus nutrire. *Ibid.*, *aph.* 15.

V.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos ; et in ipsis temporibus magnæ mutationes, tum frigoris, tum caloris, et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

VI.

Quibus ex morbo resurgentibus aliquid dolet, ibi abcessus fiunt. *Sect.* 4, *aph.* 32.

VII.

Sed et, si quid doluerit ante morbum, ibi se figit morbus. *Ibid.*, *aph.* 33.